

**Anmeldung / Teilnehmerbogen**  
**Trainingsfreizeit Wyk/Föhr 2025**  
**13.04.-19.04.2025**



1. Kind:  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Verein: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Pullover Größe\*: \_\_\_\_\_  
\*falls Anschaffung erfolgt (XS, S, M, L, XL, XXL)
2. Erziehungsberechtigte/r:  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: a) privat: \_\_\_\_\_ b) dienstl.: \_\_\_\_\_  
c) zu erreichen unter der Tel-Nr.: \_\_\_\_\_  
Anschlussinhaber/in: \_\_\_\_\_
- Ich bin damit einverstanden, dass Name, Wohnort, Verein und unsere Telefonnummer in eine Liste aufgenommen werden, die zwecks Bildung von Fahrgemeinschaften an die übrigen Teilnehmer/innen weitergegeben wird.
3. Krankenkasse, Krankenversicherung:  
genaue Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Mitglieder: \_\_\_\_\_
4. Es besteht eine / keine Privathaftpflichtversicherung (zur eventuellen Regulierung von Sachschäden)
5. Badeerlaubnis:  
Mein Kind darf am Baden im Hallen-/Freibad bzw. an zugelassenen Badestränden teilnehmen. Er/Sie ist Nichtschwimmer / Schwimmer.  
Schwimmschein: \_\_\_\_\_  
Er/Sie leidet nicht an gesundheitlichen Schäden, die das Baden verbieten (z.B. Trommelfellverletzungen, Herz- oder Kreislaufstörungen)
6. Tetanusimpfung:  
Mein Kind  hat noch keine Tetanusspritze erhalten,  
 eine Tetanusspritze erhalten, zuletzt am: \_\_\_\_\_  
 eine Tetanusspritze vor mehr als 5 Jahren erhalten
7. Erkrankungen/Medikamente (auch evtl. Allergien o.a. bitte angeben):  
Mein Kind hat folgende Erkrankung/en \_\_\_\_\_,  
benötigt keine (Dauer)medikamente,  
falls ja, folgende: \_\_\_\_\_

8. Sollte ich nicht erreichbar sein, so ermächtige ich hiermit die eingesetzten Betreuer/innen, in unaufschiebbare ärztliche Eingriffe dem Krankenhaus gegenüber einzuwilligen.

9. Ich bin damit einverstanden, dass die Betreuer/innen bei Bedarf kleinere Wundversorgungen und weitere notwendige Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführen. Dazu gehört auch das fachgerechte Entfernen von Fremdkörpern, wie z.B. Zecken und Splintern, und das Aufkleben von Pflastern.

10. Mein Kind möchte  vegetarisch essen  nein  ja  
 hat eine Lebensmittelallergie/Nahrungsmittelunverträglichkeit gegen \_\_\_\_\_

11. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Kind bei vorsätzlichen groben Verstößen gegen die allgemeinen Abmachungen auf meine Kosten unter Aufsicht nach Hause geschickt werden kann.

12. Datenschutz: Die personenbezogenen Daten werden zu Zwecken der Durchführung und Abwicklung verarbeitet, gespeichert und an die Betreuer/innen weitergegeben. Mit der Teilnahme akzeptiere ich, dass im Rahmen der Trainingsfreizeit Bilder/Videos zur Berichterstattung erstellt und veröffentlicht werden dürfen.

13. Wunsch für Zimmerbelegung:  
Mein/e Sohn/Tochter möchte möglichst in ein Zimmer zusammen mit:

---

Ich habe das Schreiben in allen Punkten zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden, dass es keine Rücktrittsmöglichkeit gibt (wir empfehlen den Abschluss einer privaten Reiserücktrittsversicherung).  
Die Einverständniserklärung akzeptiere ich inhaltlich gemäß meinen Vermerken und Streichungen.

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_ (Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Bitte zurück an SHLV, Geschäftsstelle, Winterbeker Weg 49, 24114 Kiel, E-Mail: [info@shlv.de](mailto:info@shlv.de). Die **Teilnehmergebühr von 310,- Euro** bitte erst nach erfolgter schriftlicher Bestätigung auf das Konto des SHLV bei der Förde Sparkasse IBAN: DE85 2105 0170 0019 0012 21 überweisen.